

表1

第9回上部消化管検査認定講習会
第8回胸部認定講習会
第1回CT認定講習会

セミナー申込書

受信者	FAX番号:048-664-2733 (社)埼玉県放射線技師会
送信者	氏名 _____ 施設名 _____ 〒 _____ 施設住所 _____

下記のとおり送信いたしますので、よろしくお願いたします。

参加申込者氏名	1) _____ 2) _____
	3) _____ 4) _____
勤務先名	
勤務先住所	
勤務先電話番号	
勤務先FAX番号	
技師会番号	1) _____ 2) _____
	3) _____ 4) _____

送付先: 〒330-0038 さいたま市北区宮原町2-51-39 (社)埼玉県放射線技師会
TEL 048-664-2728
FAX 048-664-2733